

Part B URN # \_\_\_\_\_  
Client Part C # \_\_\_\_\_

# KHCCP

## Formulario de admisión de clientes

Fecha: \_\_\_\_\_

**DEMOGRAPHIC TAB (SECCIÓN DE ESTADÍSTICA):**

Nombre y apellidos:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(apellidos) (1er nombre) (2o nombre)

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  Transgénero ( Hombre a mujer  Mujer a hombre)  
 Desconocido

Estado civil:  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Casado/a  Con pareja  Viudo/a

Etnia:  Hispano(a)/latino(a)  No hispano(a)/latino(a)  Desconocida

Raza:  Blanco/a  Negro/a o africano-americano/a  Asiático/a  Indígena de Hawái/ isleño del pacífico  Indígena de Norteamérica o de Alaska  Desconocido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección (de domicilio): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección para correo (si es diferente de arriba)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número alternativo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarnos con usted por teléfono?  Sí  No ¿Por correo?  Sí  No

País natal: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_

Educación:  Secundaria  Universidad  Escuela técnica  Otra  
 GED (certificado de equivalencia de educación secundaria)  
 Sabe leer  Sabe escribir

Nivel más alto completado: \_\_\_\_\_

¿Necesita a un traductor? :  Yes  No Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico de VIH: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico de SIDA: \_\_\_\_\_

Factor de riesgo de contagio:

Contacto homosexual  Uso de drogas intravenosas  Transfusión de sangre

Contacto heterosexual  Transmisión perinatal  Desconocido  Otro: \_\_\_\_\_

¿Avisó a su pareja?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

---

**SERVICES TAB (SERVICIOS):**

Fecha de inscripción en programa: \_\_\_\_\_

(Ésta debe corresponder con la fecha cuando se consigán todos los documentos)

---

**ANNUAL REVIEW TAB-ANNUAL SUB-TAB (REVISIÓN ANUAL):**

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

¿Con cuál empresa? :

Empresa privada: \_\_\_\_\_

¿Su seguro cubre el costo de los medicamentos?  Sí  No

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Parte D de Medicare: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Si no, ¿está inscrito en un programa que lo/la ayude a pagar los medicamentos?  Sí  No

Describalo: \_\_\_\_\_

¿Quién lo/la refirió a KHCCP? \_\_\_\_\_

### La vivienda

Alquila/ tiene casa propia

Vive con la familia (esposo/a, padres, pareja)

Vive con amigos

Sin hogar (refugio de emergencia)

Sin hogar (vive en la calle)

Instalación de cuidado a largo plazo

Clínica para tratamiento de abuso de drogas

La cárcel o prisión

Vivienda transicional

Hotel

[ ] Otro \_\_\_\_\_

¿Está empleado/a? [ ] Sí [ ] No [ ] A tiempo completo [ ] A media jornada

Nombre y dirección de empleador:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ramal: \_\_\_\_\_

¿Está discapacitado/a? : [ ] Sí [ ] No Desde qué fecha: \_\_\_\_\_

**Identifique cuáles son los ingresos para todos en la familia:** incluso los de su cónyuge, de hijos bajo de la edad de 18, de cualquier dependiente, y de persona cualquiera que ayude a pagar facturas.

**Posibles Fuentes de ingresos:**

- [ ] SSI (seguridad de ingreso suplementario) [ ] SSDI (beneficios de seguro social por discapacidad) [ ] Pensión [ ] TANF (Ayuda temporaria para familias necesitadas)
- [ ] Pensión alimenticia [ ] Manutención de menores [ ] Beneficios de veterano
- [ ] Empleo
- [ ] Indemnización por accidente [ ] Seguro de desempleo
- [ ] Otro \_\_\_\_\_

**Ingreso anual bruto de la familia:** \$ \_\_\_\_\_

**Número de los que viven en su casa:** \_\_\_\_\_

**Coloque los nombres, edades, y su parentesco con el/la cliente:**

Nombre	Edad	Parentesco	¿Sabe de su condición?	¿Lo/la apoya?
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No
_____	_____	_____	Sí / No	Sí / No

¿Hay otros individuos no mencionados arriba que lo/la apoyen?  
¿Quiénes? \_\_\_\_\_

¿Lo/la ayudan con los gastos médicos?  Sí  No

---

**QUARTERLY SUB-TABS (INFORMACIÓN TRIMESTRAL):**  
**ABUSO DE DROGAS**

**Historial de abuso de drogas:** Sí \_\_\_ No \_\_\_ último uso: \_\_\_\_\_

Actualmente recibe tratamiento: Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

---

¿Fuma cigarrillos o tabacos?  Sí  No ¿Cuántos por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días del mes pasado ha tomado una bebida alcohólica?  0-5  5-15  >15

¿Cuántas bebidas consume los días que toma?  0  1-2  3-4  5-6  >6

¿Usa, o jamás ha usado, una de las drogas siguientes?

marihuana  cocaína  heroína  metanfetamina

metadona  éxtasis, MDMA  otra: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que la(s) usó? \_\_\_\_\_

¿Jamás ha recibido tratamiento para el abuso de alcohol/ drogas?  Sí  No

¿En dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Beneficiaría de un referido a un programa de tratamiento?  Sí  No

¿Se reúne con un consejero actualmente?  Sí  No

Nombre y apellido de consejero: \_\_\_\_\_

teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha sido referido para recibir tratamiento?: Sí / No

**SALUD PSICOLOGICA**

**Historial de salud psicológica:** Sí \_\_\_ No \_\_\_ último episodio: \_\_\_\_\_

Actualmente recibe tratamiento: Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

---

¿Ha sido hospitalizado/a por asuntos mentales/psicológicos?  Sí  No

¿Cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

---

¿Toma medicamentos actualmente?  Sí  No

¿Jamás le han recetado medicamentos psiquiátricos?  Sí  No

¿Cuándo y cuáles medicamentos?

**Durante los dos últimas semanas ¿con qué frecuencia...**

		nunca	muchos días	Mitad de los días	Todos los días
1.	ha tenido poco interés o placer en realizar tareas?				
2.	se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza?				
3.	Ha tenido problemas con dormirse o se duerme demasiado?				
4.	Se ha sentido cansado/a o con poca energía?				
5.	Ha tenido una falta de apetito o ha comido en exceso?				
6.	Ha tenido una falta de autoestima o se ha sentido como un fracaso o que ha decepcionado a su familia?				
7.	Ha tenido problemas con concentrarse en tareas tales como leer o mirar televisión?				
8.	Se ha movido o hablado tan despacio que otros lo han percibido? O lo opuesto, ¿se ha sentido tan inquieto/a que se ha movido mucho más que lo normal?				
9.	Ha tenido pensamientos que acerca de suicidio o acerca de dañarse de alguna manera?				

10.	Si indicó uno de los problemas arriba, ¿cuánto difícil ha sido su trabajo, su vida doméstica, o su comportamiento con otros a causa de los problemas mencionados arriba?	Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
-----	--	--------------	-----------------	-------------	------------------------

**¿Se beneficiaría de un referido a un programa de tratamiento para la salud psicológica?**

Sí  No

**¿Actualmente, se reúne con un consejero/psicólogo?**  Sí  No

**Nombre y apellido de consejero:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Referido para tratamiento para salud psicológico:** Sí / No

**ASUNTOS LEGALES**

**¿Ha sido encarcelado/a?**  Sí  No **¿Fecha y lugar?** \_\_\_\_\_

**¿Tiene algún cargo o alguna acusación pendiente?**  Sí  No **Explique:** \_\_\_\_\_

**¿Se reúne con un oficial de libertad condicional?**  Sí  No **Los datos del oficial:** \_\_\_\_\_

**VIOLENCIA DOMESTICA**

**¿Durante los últimos 12 meses alguien lo/la ha amenazado, lo/la ha seguido o ha controlado**

**sus actividades o lo/la hecho sentir inseguro/a?**

Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Durante los últimos 12 meses, alguien lo/la ha empujado, lo/la ha abofeteado, lo/la ha golpeado, lo/la ha dado una patada o lo/la ha lastimado físicamente de manera cualquiera?**

Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Durante los últimos 12 meses, alguien lo/la ha esforzado a participar en relaciones sexuales?

Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Se siente seguro/a ahora?  Sí  No**

**Si no, explique por qué no** \_\_\_\_\_

**¿Se beneficiaría de un referido a un consejero?  Sí  No**

***ENCOUNTERS TAB (HISTORIAL):***

**Medicamentos actuales:** (Favor de incluir todos sus medicamentos y suplementos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Tiene problemas al tomar sus medicamentos?  Sí  No**

Describe los problemas.: \_\_\_\_\_

**¿Jamás ha sido diagnosticado/a con o ha recibido tratamiento para:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV)                  | <input type="checkbox"/> Anormalidades cervicales | <input type="checkbox"/> Candidiasis oral                |
| <input type="checkbox"/> Candidiasis vaginal                    | <input type="checkbox"/> Criptosporidiosis        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A__ B__ C__           |
| <input type="checkbox"/> Herpes simple                          | <input type="checkbox"/> Herpes zoster            | <input type="checkbox"/> Histoplasmosis                  |
| <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi                      | <input type="checkbox"/> Adenopatía               | <input type="checkbox"/> Artritis                        |
| <input type="checkbox"/> Neumocistis                            | <input type="checkbox"/> ETS                      | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                                   | <input type="checkbox"/> Hipertensión             | <input type="checkbox"/> Diabetes                        |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía                            | <input type="checkbox"/> Depresión/ ansiedad      | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico/ acidez |
| <input type="checkbox"/> Problemas/procedimientos colorrectales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Enfermedades cutáneas           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de próstata                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Prueba de Mantoux + (para TB)   |
| <input type="checkbox"/> Otra condición:                        | _____   |  |

**¿Cuál(es) de los siguientes síntomas tiene en este momento?**

- Tos
- Dolor de cabeza
- Jadeo
- Dificultad con masticar o tragar
- Dolor: sitio \_\_\_\_\_
- Otro síntoma: \_\_\_\_\_
- Diarrea
- Erupciones
- Convulsiones
- Náuseas
- Entumecimiento u hormigueo en los pies/las manos
- Fiebre, escalofríos
- Pérdida de peso
- Glándulas hinchadas
- Vómitos
- Olvido
- Depresión
- Debilidad

**¿Ha conversado con su médico/a acerca de estos síntomas?  Sí  No**

Sus análisis más recientes: CD4 (número): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CD4 (porcentaje): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Carga viral: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_

¿Ha perdido peso súbitamente dentro de los últimos tres meses?  Sí  No

¿Cuántas libras? \_\_\_\_\_

Por lo general, ¿cuántas comidas consume por día?  una  dos  tres o más

¿Tiene recursos para conseguir comida? (vales de comida, bancos de comida)  Sí  No

¿Tiene un espacio limpio y apropiado para guardar su comida?  Sí  No

¿Se le ha recetado un suplemento dietético?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuál producto y cuáles son las instrucciones? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría un referido a un(a) nutricionista?  Sí  No

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

**¿Hay historial de los problemas siguientes en su familia?**

- Asma
- Cardiopatía
- Problemas/procedimientos colorrectales
- Enfermedades cutáneas
- Problemas de próstata
- Otro: \_\_\_\_\_
- Hipertensión
- Depresión/ ansiedad
- Reflujo gastroesofágico/acidez
- Cáncer
- Prueba de Mantoux positive (para TB)
- Diabetes
- Migrañas

**Nivel de educación de los parientes:**

Su padre: \_\_\_\_\_

Su madre: \_\_\_\_\_

Su hermano/a: \_\_\_\_\_

Su hermano/a: \_\_\_\_\_

Su hermano/a: \_\_\_\_\_

Su hermano/a: \_\_\_\_\_

Edad de su hijo: \_\_\_\_ Nivel en la escuela: \_\_\_\_ Edad de su hijo: \_\_\_\_ Nivel en la escuela: \_\_\_\_

---

***REFERRALS TAB (REFERIDOS):***

**Referidos:** Marque todos que se apliquen.

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda                  | <input type="checkbox"/> Comida/nutrición                     | <input type="checkbox"/> Ropa                  | <input type="checkbox"/> Medicamento     |
| <input type="checkbox"/> Médico                    | <input type="checkbox"/> Dental                               | <input type="checkbox"/> Salud mental          | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Transporte                | <input type="checkbox"/> Empleo                               | <input type="checkbox"/> Asuntos familiares    | <input type="checkbox"/> Legal           |
| <input type="checkbox"/> KADAP                     | <input type="checkbox"/> KHICP                                | <input type="checkbox"/> Medicare              | <input type="checkbox"/> Medicaid        |
| <input type="checkbox"/> Seguridad social          | <input type="checkbox"/> Programa de atención médica gratuita | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado |  |
| <input type="checkbox"/> Educación                 | <input type="checkbox"/> Programa de violencia doméstico      |  |  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____               |   |  |  |
-

***TX INFORMATION TAB (DATOS):***

**Contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**¿Sabe de su diagnóstico?** [ ] Sí [ ] No

**Médico primario:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Médico de VIH/SIDA:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Oftalmólogo/optómetro** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Dentista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Firma de cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma de asesor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Región de KHCCP:** \_\_\_\_\_



